

被扶養者届（台帳・任意継続者認定専用）

2020.2改訂

※裏面をよく読んで太枠内すべてご記入ください

保険証 記号	79	保険証 番号	健保が記入済み	※認定基準に達していない場合はお断りすることがありますのでご了承ください。 ※被扶養者に収入があり、被保険者が失業給付請求予定の方には別途ご連絡いたします。				令和〇年〇月〇日申請			
被保険者 氏名	高島 太郎			生年月日	昭和 平成	〇〇年〇月〇日	退職(切替)日	令和〇年〇月〇日	個人 コード	〇123456	
				住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇号室 〇〇県〇〇市〇〇町123-4 電話(携帯)番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
*1申請の 対象となる 被扶養者	続柄	氏名	性別	今後1年間の収入見込及び収入の種類		世帯	税扶養	退職・切替 年月日 及び異動事由	*承認(停止)年月日 (処理年月日)		
	妻	フリガナ タカシマ ハナコ	男・女	☐ 無収入 (☐ 無職 ☐ 学生) ☒ 有り 年間合計収入 123,456円 (下記の該当全てに〇印を付けてください) 年金(老齢・障害・遺族・個人)収入・ 給与収入・不動産賃貸収入・事業収入		同居 別居	該当 不該当	年月日 (異動事由) 退職時・非適切替時 その他()	年月日 ()		
		高島 花子		生年月日(昭・平・令 年 月 日) 歳							
		続柄		フリガナ	男・女				☐ 無収入 (☐ 無職 ☐ 学生) ☐ 有り 年間合計収入 円 (下記の該当全てに〇印を付けてください) 年金(老齢・障害・遺族・個人)収入・ 給与収入・不動産賃貸収入・事業収入		同居 別居
	生年月日(昭・平・令 年 月 日) 歳										

*1 今回の申請対象の方のお名前のみ記載。お名前は楷書で丁寧に記載してください(保険証に記載されます)

配偶者についてお伺いします。 配偶者の有無 (☐ あり (扶養あり・扶養なし) ☐ 無し)		*事業所記入欄	再雇用後給与月額	*健保記入欄	年間総収入見込額
・配偶者は高島屋健保の被保険者ですか ☐ はい () 氏名 ・配偶者の今後一年間の収入見込額計 円 (収入比較に使用します)		①	円 ☐ 賞与あり	①+②	円

①再雇用後の給与月額には交通費を含んでください。

認定申請時に必ず記入してください (☐ 退社 ☐ 非適切替)

*被保険者の方の今後の収入について該当する項目全てに〇を付け各々の正確な金額を記載してください。
いずれも今後1年間の収入見込です。金額が不明な場合は、見込書を取って確認してください。

- ☐ 無収入 ☐ 失業給付請求予定
☒ 国の年金(老齢・障害・遺族)収入計 1,234,567円
☒ ※1企業年金 〇円 ☐ ※1確定拠出年金 〇円 ☐ ※1個人年金 〇円
 ※1一時金としての受取は収入には該当しません。 *確定拠出年金の受取金額が未定の場合は該当しません
☒ ※2不動産賃貸収入 123,456円 ☐ ※2事業収入 〇円
 ※2いずれも健保組合が認めた経費を差し引いた額(詳しくは裏面をご覧ください)
 高島屋グループ以外にお勤めの方*雇用契約書の写しをご提出ください。
☒ 給与収入(パート・アルバイト等) 円(勤務先名)

*上記収入は現時点で確定している今後1年間合計収入見込額を記載のこと

金額は正確に記載して下さい この枠内の今後1年間の合計収入見込額計 ② 1,358,023円

事業所記入欄(この手続きを行った方が必ず記載してください)	
店名・会社名	担当者氏名
	③

注:二重線(=)内は事業所で記入して下さい。

受付印

申請する内容について事実と相違ありません(虚偽の申請は認定日に遡って取り消します。)

年 月 日 被保険者氏名

④

常務理事	事務長	担当者	マスター